RAPPORT DE LA CONSULTATION RÉGIONALE

DE

LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA MAURICIE

ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

PRÉSENTÉ À

LA COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES

DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

OCTOBRE 2000

106-04356/

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

Dépôt légal - 2000
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2089340-045-0

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source.
Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

REMERCIEMENTS

Les membres du conseil d'administration et de la direction de la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec désirent remercier toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce mandat de consultation régionale, dans le cadre de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.

Animés d'un dynamisme exceptionnel, l'ensemble des collaboratrices et collaborateur ont su réaliser leurs mandats spécifiques avec un haut niveau de compétence.

À tous ceux et celles qui ont consacré temps et énergies à ce projet, recevez toute notre appréciation et notre reconnaissance pour la qualité du travail accompli.

AVANT-PROPOS

À l'instar de la plupart des pays occidentaux et de toutes les provinces canadiennes, le Québec doit composer avec une croissance importante des besoins de sa population en matière de service de santé et de services sociaux, et ce, dans un contexte où la capacité de cette même population d'en défrayer les coûts s'avère limitée.

C'est ainsi que la ministre de la Santé et des Services sociaux, madame Pauline Marois, annonçait il y a quelques mois la tenue d'un débat public portant sur l'organisation et le financement des services de santé et des services sociaux. Instituée à cette fin, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, s'est vue confier le mandat suivant :

- *tenir un débat public portant sur les enjeux auxquels fait face le système public de santé et de services sociaux et sur les avenues de solutions;*
- *recueillir le point de vue de la population, des partenaires du réseau et des organisations représentatives au sein de la société ainsi que des spécialistes sur les questions soulevées par la Commission;*
- *axer les débats autour des thèmes de l'organisation des services et du financement du système.*

Au terme de ce mandat devant être réalisé pour le 15 décembre 2000, la Commission soumettra un rapport au gouvernement présentant les conclusions qui auront résultées de ses travaux et consultations ainsi que les orientations qu'elle préconise.

Ce débat public résolument axé sur la recherche de solutions permet aux citoyens de participer et de s'exprimer à travers diverses activités de consultation telles :

LES FORUMS D'EXPERTS

Quatre forums regroupant une trentaine d'experts de renommée internationale portant sur les expériences internationales, l'expérience d'autres provinces canadiennes, l'organisation des services, la gouverne et, finalement, les questions de financement.

LES CONSULTATIONS RÉGIONALES

La Commission a confié aux régies régionales de la santé et des services sociaux le mandat d'organiser les consultations dans leur région. Ces consultations visent les groupes locaux et régionaux ainsi que la population en général.

Pour faciliter la participation des citoyens et des groupes, la Commission a publié trois documents :

1. *Santé au Québec, quelques indicateurs;*
2. *Organisation des services : état de situation et perspectives;*
3. *Financement : état de situation et perspectives.*

De plus, elle a produit un guide d'animation et un vidéo exposant les différentes options et les questions soumises à la consultation.

L'AUDITION DE GROUPES D'INTÉRÊT NATIONAUX

Les groupes (syndicats, associations, regroupements, etc.) intéressés sont invités à soumettre un mémoire à la Commission.

LA CONSULTATION EN DIRECT

Toute personne qui désire suivre les travaux de la Commission et participer directement à la consultation pourra le faire en tout temps via le site Internet créé à cette fin. Un questionnaire interactif permet à toute personne de faire connaître son opinion sur les seize options présentées dans le Guide d'animation quant au financement et à l'organisation des services et soumettre d'autres pistes de solutions.

LA CONSULTATION EN MAURICIE ET AU CENTRE-DU-QUÉBEC

Le présent rapport a été élaboré avec la plus grande rigueur et un constant souci de représenter fidèlement l'essence des propos, commentaires et suggestions formulés par les personnes, les groupes et organismes qui se sont exprimés dans le cadre de la consultation et des audiences tenues en Mauricie et au Centre-du-Québec.

Après un rappel du mandat confié aux régies régionales, nous présenterons, en guise d'introduction, le programme d'activités et les moyens mis à la disposition

des citoyens de même que des groupes et organismes de la région afin qu'ils prennent la parole dans le cadre de ce débat public. Nous ferons état du niveau de participation de la population. Cette section sera complétée par une brève analyse de la couverture médiatique.

Dans la première partie du rapport portant sur l'organisation des services, nous exposerons les commentaires et suggestions formulés à l'égard de chacune des options soumises par la Commission et présenterons les différentes pistes de solutions proposées par les personnes, groupes et organismes qui se sont exprimés.

Il en sera de même, dans la deuxième partie du rapport portant sur le financement, où nous ferons état de l'opinion des personnes, groupes et organismes envers les options proposées par la Commission, tout en dégageant les différentes avenues de solutions soumises par ceux-ci.

Finalement, dans la troisième partie concernant la gouverne, nous présenterons les opinions et propositions élaborées par les différentes personnes et les différents groupes sur ce thème.

SOMMAIRE EXÉCUTIF

En introduction, nous avons présenté les différents moyens mis de l'avant afin de favoriser l'expression d'opinion par les personnes, groupes et organismes intéressés à la santé et aux services sociaux.

Dans la première partie traitant de l'organisation des services, nous avons dégagé que le diagnostic de la Commission reçoit une adhésion générale tout en soulignant le traitement timide à l'égard des besoins sociaux, du volet promotion-prévention et des ressources humaines. Plus encore, ce sont les problèmes criants vécus en Mauricie et au Centre-du-Québec en matière de pénurie et de répartition inadéquate des effectifs médicaux qui ont teinté l'ensemble du diagnostic et une bonne partie des réflexions et des pistes de solutions avancées. À l'égard de l'organisation territoriale des services de base, on constate un accord généralisé avec le principe de la coordination territoriale, bien que les avis soient beaucoup plus réservés vis-à-vis le concept d'autorité décisionnelle unique. La configuration de l'organisation territoriale prend différentes formes selon l'interlocuteur qui en fait la proposition. Cependant, l'idée de confier aux CLSC le rôle de coordination des services est assez répandue.

Par ailleurs, plusieurs demandes de services et de ressources ont été formulées, dont la plus immédiate concerne les effectifs médicaux, problème que tous souhaitent voir se résorber. Une autre préoccupation majeure a été exprimée concernant la consolidation des services de base et spécialisés. On y ajoute l'importance d'améliorer l'accès aux services de base en CLSC et le développement du service Info-santé. L'amélioration du soutien aux aidants naturels, en particulier aux femmes qui généralement assument ce rôle, revient fréquemment au cœur des préoccupations. Réinvestir en promotion-prévention constitue un autre besoin prioritaire souvent mentionné.

On semble généralement en accord avec l'option relative à l'organisation des services spécialisés et surspécialisés sur une base régionale ou nationale, avec un bémol en matière de services de santé physique dispensés en milieu hospitalier où l'on retrouve deux façons de concevoir l'organisation de ces services sur la base régionale.

En ce qui a trait à l'option relative à la gestion et la production privées des

services médicaux spécialisés ou hospitaliers, celle-ci est rejetée quasi unanimement.

En regard à la responsabilité clinique et financière confiée à une équipe multidisciplinaire, cette option est accueillie favorablement sous l'angle d'une équipe multidisciplinaire comprenant le médecin.

Contrairement à ce qui est proposé par la Commission, tous ne conçoivent pas que le médecin devienne le coordonnateur de l'ensemble des services. Réitérant les besoins en effectifs médicaux, notamment en médecine familiale, on préfère de loin l'idée d'avoir recours à un intervenant pivot préparé à cet effet afin d'améliorer le continuum de services.

L'option afférente au dossier clinique informatisé par patient reçoit un accueil très favorable en autant que l'on assure le respect des règles de confidentialité. Sur ce plan, la question a débordé sur l'importance de développer des systèmes intégrés d'information sur la clientèle, notamment avec données sexuées.

Eu égard aux modes de rémunération des médecins, tous sont unanimes sur la nécessité de les revoir. On suggère d'adapter la rémunération des médecins de façon à ce qu'elle permette de tenir compte de la réponse aux besoins de la population (ex : urgences), de l'exercice de diverses fonctions (ex. : travail d'équipe), des besoins de qualité de vie des médecins, du niveau de responsabilité et de la complexité des tâches à accomplir. Intimement liée, la question de la répartition des effectifs médicaux est au centre des préoccupations de la grande majorité des répondants. On souhaite des modifications au Code des professions en vue de revoir les notions d'actes professionnels désignés, exclusifs et délégués, et ce, afin d'introduire des modifications dans l'organisation du travail via notamment l'enrichissement des tâches du personnel infirmier. De plus, un fort consensus se dégage à l'effet de régionaliser l'enveloppe budgétaire de la Régie d'assurance-maladie du Québec (RAMQ), considérée comme levier important de la gestion des effectifs médicaux. Plusieurs autres suggestions sont mises de l'avant pour tenter de régler définitivement la problématique des effectifs médicaux.

La révision des bases budgétaires des établissements constitue une option

accueillie favorablement, et ce, quasi unanimement. Hormis les inquiétudes exprimées en rapport à la notion de performance, tous s'entendent afin que les paramètres soient redéfinis, bien que ces derniers varient selon le groupe d'interlocuteurs auquel on s'adresse.

À l'endroit de la participation du secteur privé aux services de base, deux écoles de pensée s'affrontent. Ceux qui sont contre, les citoyens, les syndicats et le milieu communautaire, y voient une entorse aux principes d'universalité, d'accessibilité et de gratuité. Par contre, certains établissements et autres interlocuteurs y sont favorables dans la mesure où ces services s'avèrent plus économiques tout en assurant le niveau de qualité attendu. Dans le domaine de l'hébergement privé pour personnes âgées ou en perte d'autonomie, on réclame un système d'accréditation et de contrôle afin d'assurer la qualité des services.

En ce qui concerne la participation du communautaire, l'importance de sa contribution ne fait de doute pour personne Le milieu communautaire souhaite cependant être reconnu et soutenu financièrement pour assumer entièrement son rôle. Aussi, exprimant son besoin d'autonomie, il réitère qu'on ne peut le considérer à titre de sous-traitant du réseau de la santé et des services sociaux.

Accueillie de façon très partagée, l'impartition des services de support et de soutien ne semble pas, selon certains, un gage d'économie à moyen ou long terme. Les syndicats y voient un facteur de détérioration des conditions pour les travailleurs.

Complétant la section afférente à l'organisation des services, une panoplie de solutions est proposée en vue d'améliorer le système sur des sujets aussi variés que le soutien aux aidants naturels, la santé mentale, le rôle des CLSC, la gestion des effectifs médicaux, les admissions dans les facultés de médecine, les actes médicaux, etc.

Côté financement, les cinq options suivantes soumises à la consultation par la Commission ont toutes été rejetées, et ce, dans une forte proportion : la réduction du panier de services assurés, l'augmentation des impôts, la contribution des usagers, la création de caisses spéciales et la vente de services spécialisés aux non-résidents. En effet, bien que l'on partage le diagnostic établi par la Commission, on considère que le financement de la santé est une question de

choix de société et de priorité gouvernementale. D'ailleurs, plusieurs solutions ont été avancées comme privilégier l'utilisation de médicaments génériques, réinvestir massivement en promotion-prévention, procéder à une réforme de la fiscalité, sensibiliser les usagers du système en rendant visibles les coûts de soins et de services, réinvestir dans la lutte à la pauvreté, etc.

Quant à la gouverne, les opinions exprimées vont essentiellement dans le sens de renforcer les responsabilités et l'imputabilité des instances existantes et de diminuer l'interventionnisme au niveau régional et local.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS I

AVANT-PROPOS II

Les forums d'experts ii
Les consultations régionales ii
L'audition de groupes d'intérêt nationaux iii
La consultation en direct iii
La consultation en Mauricie et au Centre-du-Québec iii

SOMMAIRE EXÉCUTIF V

LISTE DES ACRONYMES XII

LISTE DES ANNEXES XIII

INTRODUCTION 1

1. LA CONSULTATION 1

1.1 Le mandat 1
1.2 Les moyens d'expression 1
1.3 La promotion de la consultation régionale 3
1.4 Le financement de la consultation 5
1.5 Le déroulement de la consultation 5
1.6 L'appréciation de la satisfaction de la population en regard de la consultation régionale 6
1.7 La couverture médiatique de la consultation 7

PREMIÈRE PARTIE ORGANISATION DES SERVICES 9

PARTAGE DU DIAGNOSTIC DE LA COMMISSION 11

2. L'ORGANISATION ET ACCESSIBILITÉ DES SERVICES DE BASE (INCLUANT LES DEMANDES DE SERVICES DE BASE ET LES DEMANDES DE RESSOURCES) 13

2.1 Introduction 13
2.2 L'Organisation territoriale des services sous autorité unique 13
2.3 Les demandes de services et de ressources 14

3. ORGANISATION ET ACCESSIBILITÉ DES SERVICES SPÉCIALISÉS (INCLUANT LES DEMANDES DE SERVICES SPÉCIALISÉS ET LES DEMANDES DE RESSOURCES) 16

3.1 L'organisation des services spécialisés et surspécialisés sur une base régionale ou nationale 16
3.2 La gestion et la production privées de services médicaux spécialisés ou hospitaliers 18

3.3 Autre proposition en lien avec les services spécialisés et surspécialisés 18

4. LA CONTINUITÉ, ADAPTATION, COORDINATION DES SERVICES ET ORGANISATION DU TRAVAIL (INCLUANT LES DEMANDES D'AJUSTEMENT DE MANDAT) 19

4.1 Introduction 19
4.2 La responsabilité clinique et financière confiée à une équipe 20
4.3 Le médecin de famille coordonnateur de l'ensemble des services à la personne.. 20
4.4 Le dossier clinique informatisé par patient 21
4.5 La rémunération des médecins adaptée aux responsabilités qui leur sont confiées 22

5. LA BUDGÉTISATION 26

5.1 Le budget des établissements en fonction de la population, des services et des résultats 26

6. LA PARTICIPATION DU SECTEUR PRIVÉ ET COMMUNAUTAIRE 26

6.1 La participation du secteur privé dans l'offre de services de base 27
6.2 La participation du secteur communautaire 28
6.3 L'impartition des services de support et de soutien 29

7. CETTE SECTION PERMET D'EXPLIQUER D'AUTRES PROPOSITIONS ORIGINALES ÉMANANT DE LA CONSULTATION RÉGIONALE EN MATIÈRE D'ORGANISATION DE SERVICES 30

7.1 Les principes et la philosophie 30
7.2 Les services de base 30
7.3 Les ressources humaines 31
7.4 Les aidants naturels 31
7.5 L'organisation du travail 31

DEUXIÈME PARTIE FINANCEMENT 35

8. LE PANIER DE SERVICES ASSURÉS 38

9. LES SOURCES, LE NIVEAU ET LA GESTION DU FINANCEMENT 39

9.1 L'augmentation des impôts 39
9.2 La contribution des usagers 39
9.3 La création de caisses spéciales 39
9.4 La vente de services spécialisés aux non résidents 40

10. CETTE SECTION PERMET D'EXPLIQUER D'AUTRES PROPOSITIONS ORIGINALES ÉMANANT DE LA CONSULTATION RÉGIONALE EN MATIÈRE DE FINANCEMENT 40

10.1 Les sources de revenus potentielles 40
10.2 La réduction des coûts 41
10.3 L'information et la sensibilisation des citoyens 42
10.4 La fiscalité 42

TROISIÈME PARTIE GOUVERNE **43**

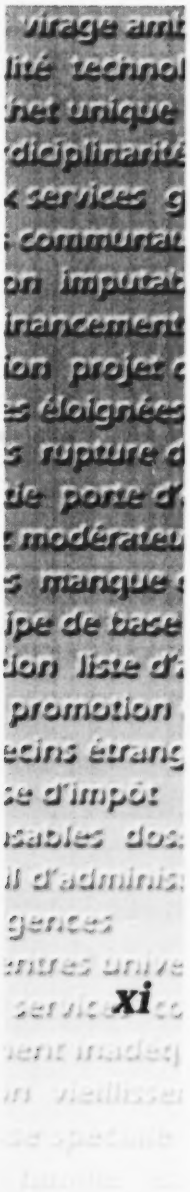
Introduction 45

11. LE RAPPORT D'AUTORITÉ ENTRE LES DIFFÉRENTS NIVEAUX **45**

12. LES RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES DIFFÉRENTS ACTEURS **46**

CONCLUSION **47**

ANNEXES **51**



LISTE DES ACRONYMES

CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMR	Commission médicale régionale
CRCD	Conseil régional de concertation et de développement
DRMG	Département régional de médecine générale
MRC	Municipalité régionale de comté
PIB	Produit intérieur brut
RAMQ	Régie de l'assurance-maladie du Québec
RTSS	Réseau de télécommunication
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

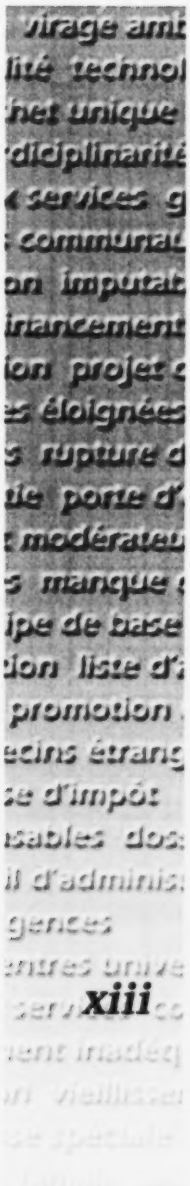
LISTE DES ANNEXES

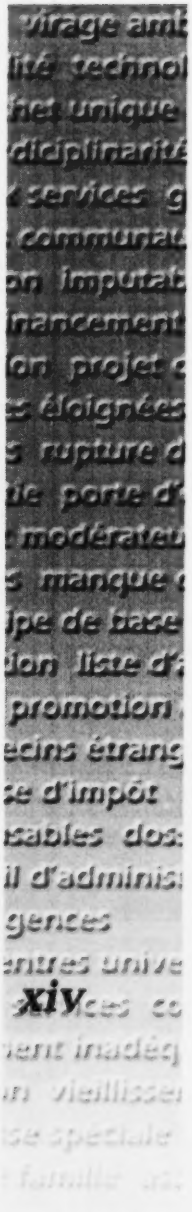
Grille d'analyse

Analyse de la couverture médiatique

Liste des mémoires reçus en date du 30 septembre 2000

Liste des groupes et associations reçus en audiences les 29 et 30 septembre 2000





INTRODUCTION

1. LA CONSULTATION

1.1 Le mandat

D'entrée de jeu, il est utile de rappeler le mandat confié aux régies régionales dans le cadre de la présente Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux :

« D'animer un débat public sur le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux et d'organiser, au bénéfice de la Commission, une consultation régionale portant à la fois sur les défis nationaux et les enjeux régionaux. Ce débat ainsi que la consultation doivent être orientés vers des solutions adaptées et réalistes.

Un rapport décrivant le résultat de cette consultation doit être communiqué à la Commission. Une synthèse doit également être présentée à la Commission. Les modalités d'organisation du débat et de la consultation sont laissées à l'entière discrétion de la Régie, mais devraient être entérinées par le conseil d'administration. »

1.2 Les moyens d'expression

Pour réaliser son mandat, la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec a mis en place une gamme de moyens d'expression pour les citoyens de même qu'en faveur des groupes et organismes. Ces moyens ont été convenus par le conseil d'administration de la Régie régionale, le 17 août 2000.

Ainsi, les citoyens ont eu l'opportunité de faire valoir leur point de vue sur les avenues de solutions à privilégier via les moyens suivants :

- ***Une ligne téléphonique** sans frais, accessible du 11 au 29 septembre, du lundi au vendredi entre 9 heures et 21 heures. Les propos étaient recueillis par des professionnels de la Régie régionale afin de s'assurer d'une bonne compréhension des idées soumises.*

- ***Le site Internet** de la Régie régionale a été modifié afin d'offrir aux personnes intéressées l'occasion de donner leur opinion, en les mettant directement en lien avec la grille sondage développée sur le site de la*

Commission.

- *La population était conviée à exposer son point de vue par écrit en adressant avant le 29 septembre* ***un mémoire individuel.***

- *La Régie régionale a organisé* ***cinq rencontres de consultation grand public.*** *Ces rencontres de trois heures tenues en soirée se sont déroulées à La Tuque le 18 septembre, à Shawinigan le 20 septembre, à Trois-Rivières le 21 septembre, à Drummondville le 25 septembre et, finalement, à Victoriaville, le 26 septembre. Aussi, la Régie régionale a eu l'opportunité ainsi de recueillir les commentaires du public sur différentes options soumises par la Commission, particulièrement celles qui se rapprochaient davantage des préoccupations des citoyens. La formule d'animation, qui incluait entre autres, une mise en contexte et une présentation des options, favorisait la participation de tous, dans un contexte pédagogique propice au débat et à l'expression d'opinions le plus éclairée possible.*

- *Les citoyens ont été invités à assister aux* ***audiences publiques régionales*** *présentées plus bas. À cette occasion, l'opportunité leur était donnée d'entendre le point de vue des groupes et organismes et, par la suite, de faire part de leurs commentaires à cet égard lors de périodes réservées à cette fin.*

En égard aux groupes et organismes, ceux-ci étaient conviés à faire parvenir un mémoire avec un résumé de deux pages avant le 29 septembre.

Des audiences publiques régionales *se sont tenues les 29 et 30 septembre à Trois-Rivières. Ces audiences permettaient aux groupes et organismes d'être entendus par un comité d'auditeurs constitué de membres de la Commission d'étude, messieurs Léonard Aucoin, John Le Bouthillier et René Rouleau, et de trois personnes de la région, monsieur Gaston Bélanger, président du conseil d'administration de la Régie régionale, madame Michèle Laroche, directrice générale de la Régie régionale et monsieur André Tessier, surintendant des services de l'électrolyse, chimie et entretien général de l'usine de la compagnie Alcan à Shawinigan. Monsieur Tessier agissait à titre d'animateur des audiences publiques.*

De plus, il est opportun de mentionner que monsieur Yves Beaumier, député de

Champlain et vice-président de la Commission des Affaires sociales a procédé, en tant que membre du comité aviseur de la ministre de la Santé et des Services sociaux, à l'allocution d'ouverture des audiences publiques régionales et a assisté à toutes ces audiences de même que plusieurs membres du conseil d'administration de la Régie régionale et certains observateurs du Ministère et de la Conférence des régies régionales du Québec.

Chaque organisme ou groupe entendu lors de ces audiences bénéficiait de quinze minutes pour présenter les éléments clés de leur mémoire et de cinq minutes additionnelles pour répondre aux différentes questions de compréhension de la part du comité d'auditeurs. Cette façon de procéder permettait d'entendre au plus trente présentations. La priorité d'audition était accordée aux organismes et regroupements de portée régionale et à certains interlocuteurs tels que :

- *les conseils régionaux de développement;*
- *les maires de ville et préfets de MRC;*
- *les regroupements d'établissements locaux ou régionaux;*
- *la Table régionale des organismes communautaires;*
- *les associations régionales représentatives du personnel salarié, cadre ou médical du réseau;*
- *les ordres professionnels;*
- *les directeurs de la protection de la jeunesse et de la santé publique;*
- *le regroupement régional des usagers;*
- *les évêchés;*
- *l'Université du Québec à Trois-Rivières.*

1.3 La promotion de la consultation régionale

Une démarche de consultation de cette ampleur requiert l'élaboration d'un plan de promotion approprié pour, d'une part, informer la population, les groupes et organismes des différents moyens mis à leur disposition afin qu'ils puissent s'exprimer et, d'autre part, les sensibiliser à l'importance du débat actuel. Au-delà de la signature visuelle que l'ensemble des régies se sont données dans le cadre de cette consultation, la Régie régionale s'est donné un slogan ***« À votre écoute pour faire les bons choix! »****. Celui-ci identifiait distinctement la démarche régionale et, surtout, visait à insuffler une certaine impulsion à la*

population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Outre ***les deux correspondances massives effectuées auprès de 613 organismes, groupes et autres partenaires*** *situant les objets de la consultation (envois auxquels ont été joints les trois documents de référence de la Commission ainsi que le guide d'animation et dans certains cas, la cassette vidéo produite par la Commission), la Régie régionale a eu recours à une panoplie de moyens promotionnels. Les voici :*

- ***Conférence de presse pour le lancement des activités*** *tenue le 23 août par le président du conseil d'administration, la directrice générale et le directeur des communications. À cette occasion, la Régie régionale annonçait la tenue du débat et de la consultation dans la région ainsi que les modalités favorisant la participation de la population, des groupes et organismes.*

- ***Développement d'un volet « Consultation régionale » sur le site Internet de la Régie régionale*** *présentant toute l'information requise et faisant état de l'évolution de la démarche de consultation au fur et à mesure que les activités se réalisaient.*

- ***Conception et production d'une émission de télévision*** *présentée sur le réseau régional de télévision communautaire afin de sensibiliser la population aux enjeux et au débat en cours, susciter sa participation aux différentes activités et alimenter sa réflexion sur le sujet. Cette émission basée sur l'expression d'opinions interpellait un panel d'une dizaine de citoyens et était animée par une professionnelle de la télévision. Y participait aussi le président de la Régie régionale pour rappeler le sens et les principales étapes de la consultation et, finalement, pour inviter la population à y participer. Cette émission a été diffusée à près d'une vingtaine de reprises à travers sept stations communautaires, du 18 au 29 septembre.*

- ***Placements médias dans le quotidien régional, les neuf hebdos locaux et cinq stations radio FM.*** *À cet égard, la Régie régionale a fait paraître deux annonces (1 x 3/4 de page, 1 x 1/8 de page) dans les neuf hebdos locaux, sept annonces dans le quotidien régional (1 x 3/4 de page et 6 bandes annonces de 1/10 de page). De plus, un message de 30 secondes était diffusé dans cinq stations radio (cinq reprises par jour) du 18 au 29 septembre.*

- ***Entrevues*** *dans le cadre d'émissions radiophoniques d'affaires publiques ou autres ont été données à plusieurs reprises par le président de la Régie régionale.*

Aussi, certaines entrevues ont été accordées par le président et la directrice générale de la Régie lors des rencontres de consultation grand public et des audiences publiques régionales aux représentants de la presse écrite et électronique.

- ***Production d'une affiche** afin de promouvoir les différents moyens d'expression dont les cinq rencontres de consultation grand public. Cette affiche, reproduite à 800 exemplaires, a été distribuée à la grandeur de la région via les établissements du réseau de la santé, les cabinets et cliniques médicales privés de même que les pharmacies.*

1.4 Le financement de la consultation

Évidemment, la réalisation d'un tel mandat de consultation implique des coûts. À cet égard, le conseil d'administration, en adoptant le programme de consultation et les moyens proposés, a consenti d'accorder un budget de 47 353 $ dont 30 000 $ assumés par la Commission. Il est apparu nécessaire, à l'instar de la majorité des régies régionales du Québec, de déployer un niveau de ressources raisonnable pour susciter et faciliter l'expression d'opinion de la population, des groupes et organismes de la région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

1.5 Le déroulement de la consultation

*En ce qui a trait aux différents moyens d'expression offerts à la population, mentionnons que plus de 160 personnes se sont adressées à la Régie régionale en recourant à la **ligne téléphonique sans frais** mise à leur disposition. De ce nombres, neuf personnes formulaient une demande d'information sur le processus de consultation, 104 se sont inscrites aux rencontres grand public, alors que 38 personnes ont exprimé leur point de vue et suggéré des pistes de solutions sur les objets de la consultation.*

*Par ailleurs, 121 personnes ont visité 683 fois le **site Internet** de la Régie régionale depuis le 23 août 2000. De ce nombre, certains ont exprimé leur avis en complétant la grille sondage conçue à cette fin par la Commission.*

*Aussi, près de 200 personnes ont assisté à l'une ou l'autre des cinq **rencontres de consultation grand public**. Donc, en moyenne une quarantaine de citoyens*

ont livré leur point de vue à l'égard des grands enjeux afférents à l'organisation et au financement des services. Ce niveau de participation a permis d'instaurer un climat propice à la tenue d'un débat sur les volets qui préoccupent au plus haut point la population.

En outre, mentionnons que 68 ***mémoires*** *ont été adressés à la Régie régionale par des citoyens, groupes et organismes. La répartition se présente comme suit :*

- *établissements, organismes du réseau et regroupements* 12
- *comités d'usagers* 3
- *syndicats* 8
- *directeur de la santé publique et Commission médicale régionale* 2
- *organismes communautaires et regroupements* 25
- *organismes du milieu (MRC, ville, UQTR, CRCD, etc.)* 10
- *individus* 8

Finalement, dans le cadre des ***audiences publiques régionales****, le comité d'audition a accueilli 25 présentations au cours des journées du 29 et du 30 septembre. Voici la répartition, par catégorie, des organismes ou groupes entendus :*

- *représentants d'organismes communautaires* 7
- *représentants d'établissements* 4
- *représentants de syndicats* 5
- *directeur de la santé publique* 1
- *organismes du milieu* 6

1.6 L'appréciation de la satisfaction de la population en regard de la consultation régionale

Au-delà d'un certain scepticisme quant à l'issue de la démarche, perçue comme tendancieuse par plusieurs, et le fait que l'on déplore le manque de temps pour tenir un véritable débat, de façon générale, les participants aux ***rencontres grand public*** *se sont dits satisfaits du déroulement de ces dernières tant sur les plans de l'approche, de l'écoute, de l'animation que de leur propre participation. Cependant, il ressort sans aucune ambiguïté une forte insatisfaction envers le guide d'animation. En effet, outre les irritants que généraient, par leur essence,*

les options proposées, la formulation de celles-ci et le type de langage utilisé rendaient le matériel difficile de compréhension.

1.7 La couverture médiatique de la consultation

La consultation régionale en Mauricie et au Centre-du-Québec a fait couler beaucoup d'encre. Par ailleurs, ce qui caractérise la consultation en région, c'est le niveau de notoriété qu'elle a obtenue sur le plan national de par la couverture qui en a été faite par la presse électronique (télévision, radio). Bien entendu, ce phénomène n'est probablement pas étranger aux difficultés éprouvées par notre région notamment en matière d'effectifs médicaux.

Aux fins de la présente, nous avons procédé à un monitorage de la presse écrite régionale, incluant le quotidien, les hebdomadaires et les journaux communautaires. En une brève analyse, il s'avère possible de dégager le contenu des textes journalistiques et de cerner la façon dont a été couvert l'événement dans notre région. Les points observés, tels que présentés sur le tableau en annexe, sont la date, le type de parution, la position dans le journal et les activités de la consultation régionale traitées.

En somme, les activités organisées par la Régie régionale ont fait parler d'elles, et ce, majoritairement de façon positive. Le contenu des textes journalistiques étaient toujours fidèles au déroulement des soirées et des audiences publiques. Les faits ont été rapportés de manière juste et représentative de la réalité. Les articles à connotation plus négative reflétaient généralement le point de vue d'individus ou de regroupements sceptiques à ce débat sur le système de santé. Les citations étaient nombreuses, les journalistes ont rapporté régulièrement les propos de monsieur Gaston Bélanger, président de la Régie régionale, et ceux des différents participants aux soirées et aux audiences publiques. Également, les différents communiqués émis et la conférence de presse ont grandement alimenté les hebdomadaires, ce qui prouve l'efficacité d'une telle démarche. Bref, la consultation régionale en Mauricie et au Centre-du-Québec a bénéficié d'une bonne couverture dans la presse écrite, tout en permettant à la Régie régionale de joindre le plus de citoyens possible.

PREMIÈRE PARTIE

ORGANISATION DES SERVICES

PARTAGE DU DIAGNOSTIC DE LA COMMISSION

En matière d'organisation des services, il faut souligner que le diagnostic posé par la Commission reçoit une adhésion générale de la part des personnes, groupes ou organismes qui se sont exprimés à ce sujet.

D'entrée de jeu, il est utile de mentionner que la problématique particulière à la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec en matière d'effectifs médicaux est omniprésente chez la vaste majorité des répondants.

Cependant, sur certains aspects, on regrette que soient passés sous silence les problèmes sociaux déterminants sur la santé, le virage promotion-prévention et l'essoufflement des personnes qui œuvrent dans le réseau. De même, certains ne partagent pas la vision dite apocalyptique du vieillissement de la population.

> *« Les impacts du virage ambulatoire sur les aidantes naturelles n'apparaissent pas suffisamment dans le bilan et cela est d'autant plus regrettable que le système n'a pas su évaluer les coûts sociaux et financiers engendrés par ces nouvelles approches sur les conditions des femmes ».*
> *Table de concertation du Mouvement des femmes de la Mauricie*

> *« Cesser d'étiqueter les personnes âgées comme le groupe d'âge qui génère le plus de coûts ».*
> *Une dame de Victoriaville*

> *« Ce débat « éclair » ne porte que sur la santé physique et passe sous silence « les listes d'attentes et l'engorgement des problèmes sociaux ». Les effets sur la pauvreté, les problèmes sociaux, les incapacités vécus par des centaines de milliers de Québécois, de Québécoises commandent un virage social et préventif ».*
> *Table régionale des organismes communautaires*

Au diagnostic établi par la Commission s'ajoutent les éléments suivants :

- *un système de santé déjà à deux vitesses, malgré qu'on ne veuille le reconnaître;*
- *le morcellement des interventions, le manque de continuité, de complémentarité et de coordination;*
- *les difficultés d'accès aux services de première ligne;*
- *l'effritement des services régionaux en psychiatrie et de pédopsychiatrie causé*

par le manque d'effectifs;

- *les inégalités d'accès aux services tant sur le plan régional qu'interrégional, notamment pour les services médicaux et les programmes de soutien destinés aux personnes handicapées;*
- *la complexité du système et manque d'information qui peuvent conduire certaines personnes à ne plus recourir aux services;*
- *les effets de la pauvreté sur la santé occasionnés par des conditions matérielles nettement insuffisantes, la dévalorisation et l'exclusion;*
- *les problèmes d'accessibilité aux médicaments, particulièrement pour les personnes pauvres, causant une détérioration de la santé;*
- *la non-reconnaissance et le manque de financement de l'action communautaire;*
- *les effets du virage ambulatoire sur les conditions de vie des femmes, que ce soit à titres d'usagères, de travailleuses ou d'aidantes naturelles;*
- *le manque d'analyse différenciée selon les sexes et le manque de formation aux intervenants sur la réalité spécifique aux femmes;*
- *la multitude des besoins et des expertises requises pour y répondre font de plus en plus appel à l'intervention multidisciplinaire;*
- *la rigidité dans l'organisation du travail, attribuable en partie au système professionnel, constitue un frein à la coopération multidisciplinaire;*
- *la population en général est mieux informée et, par conséquent, plus exigeante, ce qui entraîne une augmentation des poursuites faisant en sorte que les médecins adoptent une attitude très prudente;*
- *la difficulté de recevoir les services dans une autre langue que le français.*

2. L'ORGANISATION ET ACCESSIBILITÉ DES SERVICES DE BASE (INCLUANT LES DEMANDES DE SERVICES DE BASE ET LES DEMANDES DE RESSOURCES)

2.1 Introduction

Dans un concept de réseau intégré de services, on évoque que l'approche clinique est au cœur de la démarche, les niveaux de services se définissant à partir des besoins de la population plutôt qu'à partir des établissements.

2.2 L'Organisation territoriale des services sous autorité unique

Au regard de l'option 1 portant sur une organisation territoriale des services sous autorité unique, presque tous sont d'accord avec l'idée que la coordination soit assumée par une autorité de niveau territorial. Cependant, l'opinion s'avère très partagée en ce qui concerne le concept d'autorité « décisionnelle » unique.

L'accessibilité géographique aux services de base représente un élément important pour la population. Les solutions de qualité peuvent prendre plusieurs formes. Elles sont tributaires du territoire, de la densité de la population, des caractéristiques socio-économiques et sanitaires ainsi que de la disponibilité des ressources financières, technologiques et humaines.

> *« Les interventions doivent être coordonnées au niveau d'un territoire, de façon à ce que les services soient disponibles pour l'ensemble des besoins et qu'on s'assure de leur accessibilité pour la totalité des populations ».*
> *UQTR*

L'autorité unique intègre l'ensemble des services de santé et les service sociaux sur trois axes : le regroupement des dispensateurs de services, la mise sur pied d'équipes multidisciplinaires imputables et l'établissement de mécanismes de coordination efficaces pour les personnes requérant des services multiples. Le modèle peut prendre différentes formes.

On retrouve trois variantes dans les opinions exprimées. Une première généralement formulée consiste à confier aux CLSC le rôle de coordination, d'intégration et d'harmonisation des services de base, dans la mesure où on leur assure les ressources nécessaires pour assumer pleinement leur rôle et qui en fasse une organisation efficace, transparente et imputable.

Une deuxième visant une organisation territoriale de services (selon un bassin de

desserte de CH) sous l'autorité d'un seul conseil d'administration pour les missions des centres locaux de services communautaires (CLSC), des centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et des centres hospitaliers (CH) afin d'améliorer la flexibilité du système.

> *« Un organisme unique pour un territoire donné rend les choses plus faciles ».*
> *Un citoyen de La Tuque*

Finalement, une troisième où l'on favorise une organisation de services en fonction des territoires de CLSC ou des municipalités régionales de comté (MRC) avec un conseil unique des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de même pour le conseil des infirmières et infirmiers (CII) et le conseil multidisciplinaire.

2.3 Les demandes de services et de ressources

À ce chapitre, le problème d'effectifs médicaux revient constamment dans les mémoires, rencontres et audiences. Nous y reviendrons plus loin lorsque nous traiterons de la rémunération des médecins.

Une attente signifiée par la vaste majorité des répondants concerne la consolidation des services de base et spécialisés. En leur assurant les ressources appropriées, y compris en effectifs médicaux, les CLSC devraient offrir l'accès aux services de base 24 heures par jour, 7 jours par semaine, et ce, toute l'année durant.

> *« L'État devrait établir des normes d'accessibilité horaire aux centres de services. À titre d'exemple, un Centre de services de tout district de plus de 25 000 habitants devrait offrir des services de santé et des services sociaux courants sur place 24 heures par jour, 365 jours par année ».*
> *CLSC-CHSLD Vallée de la Batiscan*

> *« Pour accéder aux services de base, la population a besoin de portails bien identifiés pourvus de professionnels expérimentés qui sont en mesure d'évaluer les situations cliniques et de référer rapidement les personnes aux services adéquats. Il faut que ces portails soient accessibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine ».*
> *UQTR*

On évoque fréquemment l'importance que des normes minimales soient fixées par le Ministère au sujet d'un modèle de base pour l'organisation des services

comprenant la gamme de services à être offerts et le niveau d'accessibilité en termes de délai, de distance et de continuum.

Maintes fois soulevés par les organismes et groupes communautaires, la situation des femmes et leur rôle d'aidantes naturelles. En effet, il est souhaité qu'une amélioration soit apportée pour le soutien aux familles et particulièrement aux femmes, souvent « conscrites » à titre d'aidantes naturelles par le réseau. Ainsi, sont avancées des mesures telles qu'un système de répit, gardiennage, modification des normes et des conditions de travail (horaires flexibles, congés spéciaux), de la formation de même qu'une reconnaissance fiscale via des crédits d'impôt.

Des efforts particuliers doivent être consacrés afin d'actualiser le virage promotion-prévention. Il faut, selon plusieurs, réinvestir et soutenir les actions préventives telles que :

- *assurer un meilleur suivi nutritionnel des patients admis dans les centres d'hébergement et hospitaliers;*
- *enrichir l'éducation de la population dans le rôle qu'elle doit jouer face à la santé;*
- *développer les services d'Info-santé/Info-services;*
- *créer des sites Internet afin de fournir une information à jour et efficace touchant les conseils de prévention et de promotion de la santé ainsi que les services disponibles.*

> *« Au Québec, on peut considérer toujours d'actualité des orientations privilégiant le virage ambulatoire, l'approche de population, la décentralisation et le virage préventif. Au Québec, le contexte des dernières années a été caractérisé par une réduction considérable du budget de la santé en peu de temps, ce qui a eu pour effet de compliquer la capacité de mise en œuvre de la réforme ».*
> *Direction de la santé publique*

D'autres demandes de services et de ressources sont formulées, dont :

- *soutenir les familles et les aidants naturels en particulier les femmes;*
- *développer un réseau de maisons de convalescence privées et supervisées par l'État de même qu'une véritable approche de soins palliatifs;*

- *développer des services de premiers répondants dans toutes les municipalités du Québec;*
- *investir en équipements spécialisés afin d'accroître l'efficience des services spécialisés de réadaptation en déficience physique;*
- *accorder les budgets nécessaires pour doter les centres hospitaliers d'équipements diagnostiques et thérapeutiques à la fine pointe de la technologie;*
- *assurer un financement adéquat aux organismes d'aide aux personnes ayant des problèmes de santé mentale;*
- *favoriser l'émergence de projets pilotes concernant le concept de services jeunesse intégrés;*
- *assurer le développement des services sociaux généraux de base dans les CLSC;*
- *rendre accessibles à la population les mécanismes de plaintes;*
- *faire en sorte que les services soient accessibles en anglais, particulièrement du côté de l'hébergement pour les personnes âgées;*
- *assumer totalement, les frais de transport des patients qui doivent se déplacer vers les grands centres, en dehors des régions, afin d'obtenir les services spécialisés dont ils ont besoin.*

3. ORGANISATION ET ACCESSIBILITÉ DES SERVICES SPÉCIALISÉS (INCLUANT LES DEMANDES DE SERVICES SPÉCIALISÉS ET LES DEMANDES DE RESSOURCES)

3.1 L'organisation des services spécialisés et surspécialisés sur une base régionale ou nationale

Les organismes, groupes et établissements sociaux se disent généralement en accord avec un mode d'organisation des services spécialisés et surspécialisés sur une base régionale ou nationale. On considère important de maintenir un niveau d'expertise régionale tout en mettant de l'avant des façons de rendre accessibles ces services sur l'ensemble du territoire. Cela concerne la déficience intellectuelle, la déficience physique, l'alcoolisme et la toxicomanie et les Centres jeunesse.

En matière de services de santé physique dispensés en milieu hospitalier, il n'y a

pas de prise de position sur l'organisation des services spécialisés et surspécialisés sur une base régionale telle qu'avancée par la Commission avec l'option 4. En fait, les commentaires sont exprimés en fonction du paradigme actuel, à savoir : la présence de centres hospitaliers généraux dans les sous-régions, un centre hospitalier comportant des mandats régionaux et des centres hospitaliers nationaux. À cet égard, nous avons deux sons de cloche discordants.

Un premier plus répandu privilégie le maintien de centres hospitaliers territoriaux et d'un centre hospitalier avec mandats régionaux offrant des services spécialisés et surspécialisés dans la mesure où il répond à différents critères tels que :

- *concentration sur la base des masses critiques de services spécialisés et surspécialisés;*
- *utilisation de plateaux technologiques évolutifs;*
- *regroupement d'une masse critique suffisante pour développer et maintenir une expertise spécifique;*
- *affiliations universitaires.*

Un second favorise une offre de services spécialisés sur une base sous-régionale et non régionale, et ce, dans une logique de bassin de desserte de centre hospitalier tout en étant en faveur d'une organisation nationale pour les services surspécialisés.

Par ailleurs, certaines préoccupations sont exprimées, d'une part, sur l'importance de compter sur la présence d'équipes de spécialistes dans les spécialités de base (chirurgie générale, anesthésie, gynéco-obstétrique, radiologie, médecine interne) et, d'autre part, la nécessité d'un service d'accueil et d'accompagnement des personnes lorsqu'elles sont transférées vers les centres surspécialisés hors région.

> *« De plus, le transfert des personnes vers les centres surspécialisés devrait impliquer des services d'accueil et d'accompagnement afin d'éviter la rupture de suivi d'avec l'équipe des services de base et pour maintenir le soutien des aidants naturels ou du milieu communautaire ».*
> *UQTR*

Une mise en garde s'impose lorsque l'on aborde la question de spécialisation, que

ce soit dans le domaine social ou de la santé physique, afin d'éviter que les personnes les plus vulnérables ne se retrouvent en rupture de service.

> *« Dans l'ensemble, les services hospitaliers spécialisés doivent être recentrés sur le traitement. Par ailleurs, cette « spécialisation » peut entraîner l'évacuation des personnes qui présentent des problèmes complexes qui mettent facilement en échec les thérapeutiques médicales... Ces personnes présentant de telles problématiques sont retournées vers les services de base qui les refoulent vers les organismes communautaires qui les prendront en charge avec des moyens dérisoires. Il faut réfléchir sur les façons de réduire les risques d'une telle réorganisation pour les personnes les plus vulnérables ou démunies ».*
> *Centre le Havre de Trois-Rivières*

3.2 La gestion et la production privées de services médicaux spécialisés ou hospitaliers

Les gens rejettent cette option. On craint qu'elle contribue à altérer les principes d'universalité, d'accessibilité et de gratuité. On considère incompatible le concept de profit inhérent au secteur privé avec les principes sous-jacents à notre système de santé. On ne croit pas qu'à long terme, cette option s'avère économique.

> *« La quête de profits par les entreprises privées ne peut qu'entraîner des situations où des choix seraient faits en faveur d'une plus grande profitabilité, au détriment de la qualité des services ».*
> *Un citoyen de Drummondville*

Par ailleurs, pour plusieurs cette idée apparaît incohérente si l'on considère le problème de pénurie d'effectifs médicaux avec lequel est aux prises notre système de santé.

Nous élaborerons davantage sur cette question à la section 6, relative à la participation du secteur privé dans l'offre de services de base, les opinions exprimées étant, dans une large mesure, de même nature.

3.3 Autre proposition en lien avec les services spécialisés et surspécialisés

Il est suggéré de favoriser l'émergence des pratiques spécialisées en télémédecine. Ainsi, la télémédecine pourrait être utilisée par les professionnels dans les localités éloignées ou isolées de même que dans les localités affectées par une pénurie de médecins. La télémédecine permet le diagnostic à distance et les conseils sur les traitements à appliquer. Leur développement devrait être

prioritaire et largement soutenu par le Ministère.

4. LA CONTINUITÉ, ADAPTATION, COORDINATION DES SERVICES ET ORGANISATION DU TRAVAIL (INCLUANT LES DEMANDES D'AJUSTEMENT DE MANDAT)

4.1 Introduction

Pour l'ensemble des intervenants, il est impératif d'assurer une coordination des interventions sur un territoire de façon à assurer la disponibilité de l'ensemble des services et leur accessibilité en réponse aux besoins de la population.

> *« Les interventions doivent être coordonnées au niveau d'un territoire, de façon à ce que des services soient disponibles pour l'ensemble des besoins et qu'on s'assure de leur accessibilité pour la totalité des populations. Il faut centraliser les efforts non pas en regard des ressources qui offrent les services mais bien en fonction des services eux-mêmes ».*
> *UQTR*

La concertation interdisciplinaire et intersectorielle constitue un gage de qualité des services en réponse aux besoins de plus en plus complexes et diversifiés d'une population. Il importe donc de s'associer les milieux communautaire, politique, économique et de l'éducation.

> *« Le succès des actions ne réside pas en un ajout d'argent mais bien plus de services intégrés sur une base locale. Il faut développer un continuum de services intégrés allant de la promotion-prévention jusqu'à la réadaptation spécialisée. Les différents acteurs réalisent actuellement qu'individuellement ils sont impuissants à trouver des solutions et que collectivement nous pouvons avoir un impact sur la réponse aux besoins des jeunes, des enfants et des familles ».*
> *Les Centres jeunesse Mauricie et Centre-du-Québec*

En se concentrant d'abord et avant tout à la recherche d'une réponse appropriée aux besoins changeants de la personne, il sera plus facile d'adapter les organisations et les interventions pour réellement offrir un continuum de services. Nous pouvons ainsi envisager un meilleur arrimage CH, CLSC, cabinets privés et aidants naturels.

Instaurer des postes d'infirmières de liaison ou d'intervenants pivot pour accompagner les usagers s'avère une piste d'amélioration partagée par plusieurs. Il nous faut cependant revoir les conditions de travail des infirmières qui sont

particulièrement difficiles. Outre la pénurie de main-d'œuvre qui afflige ce secteur, les infirmières sont de plus en plus assignées à des tâches administratives, ce qui les rendent moins disponibles aux usagers.

En outre, pour un meilleur support clinique, le Ministère doit rendre accessibles les moyens informatiques, intégrer tous les médecins au réseau RTSS, développer un dossier clinique informatisé en vue d'améliorer la transmission de renseignements interétablissements. Nous reviendrons plus loin sur ce sujet.

4.2 La responsabilité clinique et financière confiée à une équipe

De façon générale, l'option 2 concernant la responsabilité clinique et financière confiée à une équipe est accueillie favorablement pour ce qui est du volet clinique et peu favorablement pour ce qui est de la responsabilité financière.

> *« Intégrer le travail de tous les professionnels de la santé œuvrant en première ligne (CLSC, bureaux privés etc.) pour un concept de clients-réseau plutôt que clients-établissement ». Commission médicale régionale*

L'optique est de pouvoir compter sur une équipe multidisciplinaire, comprenant le médecin et ayant pour responsabilité d'établir des liens avec les ressources communautaires, les autres professionnels de la santé, qu'ils œuvrent en établissement ou en cabinet privé, les services d'hébergement et d'aide à domicile.

Perçue comme la pierre angulaire de l'organisation des services, il est souhaitable que la coordination de l'équipe multidisciplinaire soit confiée à un professionnel de l'équipe préparé à cet effet.

De plus, en ce qui concerne les services spécialisés offerts en centre hospitalier, un intervenant devrait être responsable de la coordination des activités à travers les divers services de l'établissement.

En outre, la notion d'intervenant pivot assurant le lien entre la personne, son entourage et le système de santé est fréquemment évoquée comme moyen d'améliorer le continuum de services.

Cependant, le volet afférent à la responsabilité financière confiée à l'équipe reçoit un très faible appui.

4.3 Le médecin de famille coordonnateur de l'ensemble des services à la

personne

Bien que la majorité des personnes souhaite compter sur les services d'un médecin de famille, l'idée d'en faire le coordonnateur de l'ensemble des services est généralement rejetée par les répondants.

> *« On manque de médecins pour faire de la médecine. Ce n'est pas une bonne idée de leur donner des tâches administratives en plus. Ce serait une mauvaise utilisation ».*
> *Un citoyen de Victoriaville*

On considère que le médecin de famille, particulièrement en contexte de pénurie, n'est pas l'intervenant le mieux placé pour assumer cette coordination et que ce serait une mauvaise utilisation des ressources que de lui faire jouer ce rôle. Son temps doit davantage être consacré à la personne plutôt qu'à la gestion des services. Par exemple, dans les régions rurales, considérant les difficultés de transport vécues par plusieurs clientèles, un médecin de famille qui se déplace vers la personne constituerait un gain important en matière d'accessibilité.

Par ailleurs, on souligne le manque de formation leur permettant d'aborder les problématiques sociales, sans compter qu'ils n'ont pas l'expertise requise pour la gestion des dynamiques d'équipes.

4.4 Le dossier clinique informatisé par patient

L'option du dossier clinique informatisé est accueillie très favorablement par la quasi totalité des personnes, groupes ou organismes s'étant prononcés à ce sujet.

Ce thème est cependant abordé à deux niveaux, soit le dossier patient informatisé et aussi les systèmes d'information intégrés.

Pour la majorité, le dossier patient informatisé constitue une condition primordiale de coordination et de planification des interventions requises pour la personne, dans une perspective de continuum de services. Une telle approche facilitera la transmission rapide de renseignements interétablissements comme en télémédecine avec les résultats d'examens de laboratoire, etc. Ceci, on s'en doute, pourrait avoir pour effet de diminuer les coûts et les délais d'admission, d'améliorer la prise de décision clinique avec les bienfaits qui en résultent pour les personnes. Cependant, tous insistent pour que la mise en place de ces technologies assure la stricte confidentialité des données recueillies.

L'absence de systèmes d'information intégrés constitue un frein à l'adaptation et à l'évolution de notre réseau. Comme outil d'aide à la décision, hormis les craintes qu'un tel système soit utilisé à des fins de contrôle des coûts, il peut s'avérer utile à la fonction évaluation du système de santé et des services sociaux en vue d'améliorer de façon continue la qualité de nos actions.

Le développement de systèmes d'information clientèle intégrés suppose l'informatisation des secteurs de production clinique, la mise en place d'un dossier-patient à partager et la mise en réseau de l'ensemble des prestataires de services, incluant les cabinets privés.

Le développement d'un tel système requiert des investissements importants pour son développement, l'achat et le renouvellement des équipements ainsi que la formation du personnel sur l'utilisation de cet outil. Aussi, cela exige une certaine standardisation et uniformisation des moyens diagnostiques afin d'éviter les dédoublements.

4.5 La rémunération des médecins adaptée aux responsabilités qui leur sont confiées

Sur ce sujet, il se dégage une forte adhésion à la nécessité de revoir les modes de rémunération des médecins.

Le système de rémunération devrait être conçu afin de tenir compte des éléments suivants :

- *la desserte des besoins de la population dans tous les territoires et toutes les régions;*
- *des services à rendre tels que l'urgence, le maintien à domicile et la prévention;*
- *des fonctions à assumer dont la participation à une équipe multidisciplinaire, l'élaboration de programme et les communications;*
- *des besoins de qualité de vie des médecins;*
- *des responsabilités assumées à l'égard des usagers et de la complexité des tâches à assumer.*

On reconnaît que le mode de rémunération actuel, particulièrement la rémunération à l'acte, ne permet pas d'assurer une réponse aux ***besoins de la***

***population**. Les citations qui suivent suggèrent que les modes de rémunération soient revus.*

> *« Il est essentiel que les responsabilités les plus lourdes et exigeantes soient partagées par l'ensemble des médecins dans une région ou un territoire. Des règles précises et des incitatifs efficaces doivent être mis en place pour assurer ce partage efficace ».*
> *Centre le Havre de Trois-Rivières*

> *« (...) on doit envisager que les médecins de première ligne sur chaque territoire de CLSC (quartier ou MRC) soient invités, incités ou obligés, le cas échéant, comme condition de pratique, de se regrouper en réseau intégré d'accessibilité aux soins médicaux généraux, ainsi qu'en réseau intégré de garde, afin d'offrir collectivement à la population une disponibilité 24/7/365;(...) ».*
> *Syndicat des travailleurs canadiens de l'automobile*

*La citation qui précède suggère que les médecins soient tenus de répondre à **des besoins de services** en assumant collectivement un ensemble de tâches comme condition de leur pratique. Au nombre de ces tâches, il faut inclure la couverture de l'ensemble des activités médicales prioritaires, lesquelles devraient faire partie du panier de services de base.*

*De même, la rémunération des médecins devrait être adaptée aux **divers besoins de fonctions**, de façon à ce que le médecin puisse participer aux travaux de coordination des services de base au sein de l'équipe multidisciplinaire ou encore au développement de corridors de services et de protocoles de soins adéquats.*

> *« Il faut changer la dynamique et donner la parole aux cliniciens. Des protocoles rangés au fond des tiroirs des gestionnaires ne fourniront jamais de continuum de soins adéquats si les cliniciens n'ont pas participé à leur élaboration. Il faut dégager des ressources médicales et professionnelles œuvrant auprès des usagers et possédant l'expertise clinique nécessaire au développement de corridors de services et de protocoles de soins adéquats. Leur rémunération doit tenir compte de ces nouvelles fonctions, qu'il s'agisse de personnel clinique ou de médecins ».*
> *Association des hôpitaux du Québec*

*Les nouvelles valeurs de la société introduisent la notion de **besoins de qualité de vie**. Les médecins n'échappent pas à ces valeurs, ils veulent participer à la vie familiale et à l'éducation de leurs enfants. Cette réalité entraîne une diminution du nombre d'heures consenties au travail.*

> *« Améliorer le mode de rémunération médicale de telle sorte à favoriser la prise en charge de la population tout en assurant une certaine qualité de vie aux médecins ».*
> *Commission médicale régionale*

Finalement, un mode de rémunération mixte (actes et ***responsabilités*** *spécifiques en considérant la* ***complexité*** *inhérente) s'avérerait, selon certains, plus approprié.*

Comme on peut le constater, le paiement à l'acte est fortement remis en question et plusieurs suggestions de formes de rémunération ont été formulées, y compris quelques pistes de rémunération différenciée entre les régions. La tendance d'instaurer des mesures coercitives à l'endroit des médecins s'avère minoritaire. Par contre, un message fort ressort des propos recueillis visant à dénoncer toute forme de surenchère entre les établissements et les régions.

Par ailleurs, les gens se sont prévalus de l'occasion pour aborder de façon plus globale la problématique de la répartition équitable des effectifs médicaux, selon les spécificités et les besoins de chaque région, et proposent :

- *d'établir des normes de recrutement intéressantes et incitatives;*
- *de concevoir un stage électif en unité extérieure, en médecine familiale d'une université québécoise;*
- *d'élaborer un programme de support et de mise à jour pour les médecins désirant retourner pratiquer en milieu hospitalier;*
- *d'augmenter le nombre d'admissions en faculté de médecine;*
- *d'obliger les étudiants à œuvrer dans leur région d'origine ou dans une région en pénurie;*

> *« Il serait envisageable que les médecins finissant leur formation s'engagent à exercer pendant 2 à 3 ans dans des régions en besoins d'effectifs. Le permis de pratique pourrait être accordé conditionnellement au respect de cet engagement. Les étudiants admis en médecine sauraient avant le début de leurs études l'implication découlant de l'obtention de leur diplôme ».*
> *André Labelle, médecin*

- *la décentralisation de l'enveloppe budgétaire de la RAMQ;*
- *une révision du cadre réglementaire et législatif entourant les plans d'effectifs médicaux pour donner plus de leviers aux régies régionales afin que les plans soient respectés.*
- *de donner aux régies régionales le pouvoir d'obliger les médecins dépanneurs*

d'une région à desservir leur propre région en premier lieu;

- *d'établir des liens obligatoires entre les milieux universitaires et les régions en pénurie d'effectifs médicaux;*
- *de faire appel au personnel médical étranger en accord avec des critères de qualité;*
- *de disposer d'une équipe de spécialistes de base en tout temps, et ce dans toutes les régions, pour éviter qu'il y ait non couverture de ces spécialités de base dans les hôpitaux de chaque région;*

> *« Établir une équité interrégionale et intrarégionale en regard des effectifs médicaux et poursuivre une réflexion approfondie sur la meilleure façon de planifier les effectifs médicaux tenant compte des besoins de la population et de notre main-d'œuvre médicale ».*
> *Commission médicale régionale*

5. LA BUDGÉTISATION

5.1 Le budget des établissements en fonction de la population, des services et des résultats

Presqu'unanimement, les personnes consultées se prononcent en faveur d'une révision des bases budgétaires des établissements en fonction de la population, des services et des résultats.

La notion de budgétisation en fonction de la performance soulève cependant quelques inquiétudes. En effet, les objectifs de performance doivent être bien compris par les gestionnaires, les indicateurs devant dépasser le strict rendement financier, pour tenir compte de la qualité des services, de leur pertinence et de leurs résultats sur la santé et le bien-être de la population. De même, tout en évitant les effets pervers d'un système compétitif, on propose d'introduire des incitatifs à la performance des organisations et de responsabiliser les gestionnaires, intervenants et cliniciens afin qu'ils développent une préoccupation constante d'efficacité. En outre, procéder à des analyses comparatives des résultats, pour de meilleures pratiques, s'inscrit tout à fait dans une logique d'amélioration continue de la qualité.

Plusieurs font la promotion de paramètres d'allocation budgétaire, adaptés à leur réalité. Par exemple, les CLSC-CHSLD suggèrent un financement adapté aux coûts de production des services, à la population du territoire, en considérant sa densité et sa dispersion, à l'alourdissement de la clientèle, à la complexité des problématiques et à la richesse ou la pauvreté des territoires.

Du côté des centres hospitaliers, on vise surtout un financement établi sur la base des services rendus à la clientèle en réponse à ses besoins évolutifs, du volume d'activités, des coûts des innovations technologiques, de l'inflation, de la fluctuation des taux de change, des immobilisations et des coûts des conventions collectives.

Finalement, tous s'accordent pour reconnaître que le financement de base octroyé à un établissement devrait être connu pour un horizon de trois ans afin de permettre une réelle planification des ressources et des changements à opérer.

6. LA PARTICIPATION DU SECTEUR PRIVÉ ET COMMUNAUTAIRE

6.1 La participation du secteur privé dans l'offre de services de base

Tous ceux qui s'expriment sur le sujet se disent très conscients de la tension qui existe entre, d'une part, la recherche du profit et, d'autre part, le maintien de la qualité et de l'accessibilité des services.

À partir de là, deux tendances se dégagent.

La première tendance, portée essentiellement par les syndicats, les organismes communautaires, certains établissements et la majorité des citoyens qui se sont exprimés sur ce sujet, est à l'effet de rejeter toute forme de privatisation. Les arguments avancés sont :

- *la recherche du profit va se faire au détriment de la qualité et de l'accessibilité des services;*
- *adopter une telle approche c'est ouvrir la porte, à court ou à moyen terme, à une tarification ou à une privatisation des services portant atteinte aux principes d'universalité, d'accessibilité et de gratuité du système de santé;*
- *on risque de perdre le contrôle des dépenses de la santé, comme c'est le cas présentement dans le domaine du transport ambulancier, de l'innovation technologique et des médicaments qui sont, plusieurs le rappellent, produits exclusivement par le secteur privé. Pourquoi en serait-il autrement pour d'autres services?*
- *le risque de coûts plus élevés à moyen terme, une fois que l'entreprise privée aura pu prendre une part du marché et se rendre indispensable, grâce à des soumissions avantageuses à court terme;*
- *on ne manque pas l'occasion de rappeler quelques exemples (médicaments, analyses de laboratoire, épreuves radiologiques) où des usagers doivent recourir au secteur privé et payer, faute d'accéder à des services dans les établissements de santé;*
- *pour d'autres, dire non au privé assure la sauvegarde de l'équité, évite d'augmenter les inégalités entre les femmes et les hommes et entre les riches et les pauvres.*

La seconde tendance, portée par certains établissements et organismes hors-réseau, est à l'effet d'avoir recours au secteur privé dans la mesure où :

- *la gratuité des services est préservée;*
- *les services offerts sont plus économiques à court, moyen et long terme;*
- *il y a un encadrement de l'accessibilité, de la qualité, de la diversité et de la quantité des services offerts à l'aide de normes et standards et de processus soutenus d'évaluation et de contrôle.*

Dans de telles circonstances, le secteur privé devient un secteur témoin qui encourage la recherche de solutions innovatrices.

Par ailleurs, le débat sur l'apport du secteur privé a mis en lumière des préoccupations à l'égard du contrôle de la qualité des soins et des services qui sont prodigués dans les résidences privées pour personnes âgées ou pour personnes en perte d'autonomie. Tous réclament des balises, des normes et standards de qualité et l'établissement d'un processus d'évaluation afin de mieux encadrer ce secteur d'activité.

> *« Les résidences privées pour personnes âgées offrent déjà des services d'hygiène et de santé et contribuent ainsi à désengorger substantiellement le système de santé public(...) Il y a deux conditions nécessaires pour réaliser le partenariat public-privé en matière d'hébergement des personnes âgées : la classification des résidences privées et le financement ».*
> *Association des résidences pour retraités du Québec*

Dans cet esprit, l'Association des résidences pour retraités du Québec recommande un système obligatoire d'émission de permis, autorisant l'opération d'une résidence privée pour personnes âgées ou personnes en perte d'autonomie. À son avis, il faut l'intervention d'une autorité compétente pour émettre ou retirer un permis si la résidence ne répond pas aux exigences.

6.2 La participation du secteur communautaire

Tous reconnaissent l'apport important du secteur communautaire à la réponse aux besoins de santé et aux besoins sociaux de la population.

À ce chapitre, toutefois, le mouvement communautaire ne se définit pas comme un dispensateur de services, mais plutôt comme un véhicule d'entraide, de solidarité et de changements sociaux. En conséquence, le rôle du milieu communautaire ne doit pas être conçu comme un rôle de suppléance aux responsabilités gouvernementales, encore moins de sous-traitance. Le milieu communautaire souhaite plutôt être reconnu et soutenu notamment pour son

apport à la réponse aux besoins de la population, sa lutte contre la pauvreté, ses actions de promotion et de prévention.

Pour les organismes communautaires, il est donc impératif d'associer le débat actuel à la démarche d'élaboration de la Politique de reconnaissance du mouvement communautaire mise de l'avant par le ministre André Boisclair. Ceci, afin de bien poser l'identité communautaire et faire ressortir son caractère distinctif du réseau public et des entreprises privées.

Pour d'autres interlocuteurs, il convient de réaffirmer l'importance de la contribution du milieu communautaire. Ils affirment que le réseau public doit pouvoir compter sur leur participation déjà bien présente dans plusieurs activités sociosanitaires. Cependant, on souligne l'importance d'assujettir ce secteur à des normes et standards de qualité de services et à un processus d'évaluation et de contrôle.

6.3 L'impartition des services de support et de soutien

Aussi accueillie de façon très partagée, l'impartition des services de soutien est rejetée par les syndicats, certains invoquant qu'une telle avenue provoque une pression à la baisse sur les conditions de travail des personnes salariées du réseau tout en permettant à l'entreprise privée de faire des profits sur le dos de la collectivité québécoise.

Pour d'autres, la sous-traitance ne diminue pas les coûts et ne garantit ni le maintien ni l'amélioration de la qualité des services.

D'un autre côté, chez plusieurs répondants, on se dit en accord avec cette option, dans la mesure où, justement, il y a maintien, voire amélioration de la qualité des services, à meilleur coût.

7. CETTE SECTION PERMET D'EXPLIQUER D'AUTRES PROPOSITIONS ORIGINALES ÉMANANT DE LA CONSULTATION RÉGIONALE EN MATIÈRE D'ORGANISATION DE SERVICES

Voici en vrac bon nombre des solutions proposées par la population, les groupes et les organismes dans le cadre de la consultation régionale. Les solutions ont été classées dans quatre catégories : principes et philosophie, services de base, ressources humaines, aidants naturels et organisation du travail.

7.1 Les principes et la philosophie

- *Inclure dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux les principes d'universalité, d'intégralité, de transférabilité et d'accessibilité.*
- *Prôner une philosophie positive du viellissement.*
- *Mettre à jour la Politique de la santé et du bien-être.*

> *« Si nous voulons favoriser une plus grande cohérence et un plus grand impact des actions gouvernementales et de celles des autres acteurs au sein de la communauté, je suggère fortement à la Commission de proposer une mise à jour de la Politique de la santé et du bien-être (PSBE) (...). Une telle politique devrait plutôt engager l'ensemble du gouvernement et préciser la contribution attendue pour chacun des différents secteurs. On peut penser particulièrement aux secteurs de l'éducation, du transport, de l'emploi, de la sécurité du revenu et de l'environnement ».*
> *Directeur de la santé publique*

7.2 Les services de base

- *Confirmer le territoire de CLSC comme territoire de référence pour l'organisation, la coordination et le financement des services de base.*
- *Réaffirmer les CLSC comme portes d'entrée du système de santé.*
- *Accroître la gamme des services offerts à domicile par les professionnels et les médecins.*
- *Fixer des normes de financement des CHSLD du Québec afin qu'ils offrent le même éventail de services aux personnes hébergées à travers le Québec.*
- *Installer, sur une base régionale ou provinciale, un service d'écoute téléphonique 24/7, sans frais, pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.*
- *Permettre à la population d'avoir accès à un médecin de famille dans un délai*

raisonnable, c'est-à-dire un délai adapté à la condition de la personne.

- *Former les médecins afin qu'ils considèrent la personne dans toutes ses dimensions, physiologique et psychologique et ainsi qu'ils soient plus vigilants pour dépister les problèmes de détresse et de santé mentale qui peuvent se cacher derrière une consommation répétée de services pour des motifs de santé physique.*

7.3 Les ressources humaines

- *Proposer un projet d'entreprise susceptible de mobiliser le personnel, leur redonner la fierté d'œuvrer dans le réseau de la santé et des services sociaux.*

- *Créer et afficher des postes afin de stabiliser les effectifs et contrer le fractionnement et la précarité d'emploi.*

- *Enrichir la tâche et élargir le rôle de l'infirmière afin d'attirer de nouvelles candidatures à la profession et solutionner le problème de relève.*

7.4 Les aidants naturels

- *Supporter et soutenir les aidants naturels par des actions telles que constituer une trousse d'information (répertoire des services et ressources existants, droits des usagers, etc.), instaurer un programme alternatif à la prise en charge par les proches (halte répit, gardiennage, repas à domicile etc.), les considérer comme partenaires dans l'élaboration du plan de services individualisé, développer un service de prêt d'équipements spécialisés, élaborer un plan de formation, instaurer des crédits d'impôt, reconnaître financièrement le travail réalisé et finalement ajuster les normes du travail en fonction de cette nouvelle réalité.*

7.5 L'organisation du travail

- *Reconnaître l'impact spécifique de la transformation du réseau sur les femmes et la nécessité de tenir compte d'une perspective de genre dans l'élaboration des solutions proposées.*

> *« Dans l'organisation du travail, il faut se préoccuper davantage des conditions générales des femmes en se préoccupant de la conciliation vie personnelle et conditions de travail ».*
> *Table de concertation des femmes du Centre-du-Québec*

- *Actualiser une réelle hiérarchisation des soins médicaux sur une base territoriale en fonction de l'organisation de ceux-ci et des compétences de chacun des acteurs qui interviennent en s'assurant de leur imputabilité.*

S'assurer d'une délégation du haut vers le bas de sorte que les intervenants se consacrent à leurs tâches essentielles.

> *« Particulièrement dans les régions qui sont marquées par une pénurie ou une rareté de médecins, il devrait être permis de suppléer celle-ci par l'habilitation d'autres professionnels de la santé à poser des actes professionnels requis par les besoins de soins primaires d'une population sans compromettre sa sécurité (…). Le rôle des intervenants professionnels requis dans l'approche d'une coordination de services requiert un élargissement de leur autonomie et de leurs compétences leur permettant d'intervenir dans divers contextes et pratiques en dehors de la hiérarchie professionnelle (…) ». UQTR*

- *Réviser le partage des actes entre les différentes professions. Par exemple :*

➢ *Recourir aux optométristes afin d'assumer les services de base pour les occulo-visuels. Ceci permettrait aux omnipraticiens de référer les cas simples aux optométristes et de recourir de façon plus judicieuse aux spécialistes (ophtalmologistes) pour les cas d'ophtalmologie;*

➢ *Introduire les psychologues à l'intérieur des équipes soignantes, particulièrement en psychiatrie. Ces derniers, formés adéquatement, pourraient même prescrire en psychiatrie.*

> *« Nous croyons qu'il est donc prioritaire de réviser le cadre législatif et réglementaire qui régit les diverses professions (révision du Code des professions) et ceci, à la lumière des nouvelles exigences, de l'évolution de la pratique professionnelle et de l'émergence de nouvelles professions. Il faut rechercher, avant tout, la mise en commun des compétences et créer l'ouverture nécessaire à l'implantation d'un réel réseau intégré ».*
>
> *Centre hospitalier régional de Trois-Rivières*

- *Encadrer la pratique en clinique médicale privée dans une optique de complémentarité avec les services publics. On propose également d'instituer un mécanisme régional d'accréditation des cliniques médicales privées en fonction des besoins régionaux.*

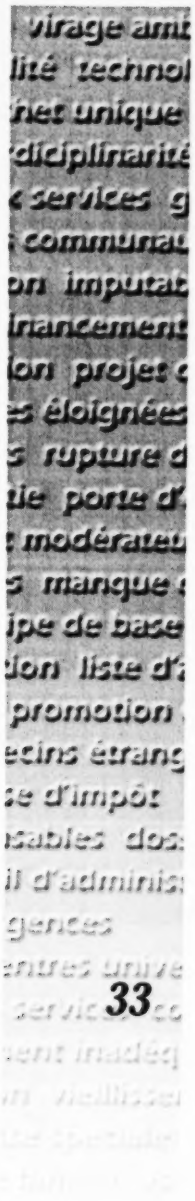
- *Reconnaître les groupes communautaires en santé mentale comme étant des lieux d'appartenance privilégiés pour la personne.*

- *Créer des alliances stratégiques pour le soutien aux enfants qui présentent une problématique en santé mentale entre les groupes communautaires, les réseaux des Centres à la petite enfance et de l'Éducation.*

- *Initier un débat de fond entre tous les partenaires portant sur nos façons de faire pour une modification des pratiques et des valeurs en santé mentale.*

> *« Le gouvernement devrait aider financièrement les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, afin qu'elles maintiennent leur emploi, souvent à temps partiel, et ainsi éviter qu'elles ne se retrouvent sur l'aide sociale, marginalisées et dévalorisées. »*
> *Une citoyenne de Trois-Rivières*

- *Reconnaître davantage l'apport des médecines et pratiques alternatives.*



DEUXIÈME PARTIE

FINANCEMENT

« Le discours gouvernemental manque de cohérence. D'un côté, on clame que le problème en santé n'en est pas un de financement, mais plutôt d'organisation et de gouverne. De l'autre, on réclame l'argent du fédéral en prétendant le contraire »,
Un citoyen de La Tuque

À quelques exceptions près, les citoyens, groupes et organismes sont d'avis,, qu'au-delà des problèmes de gestion ou d'organisation, réside un problème structurel important de financement du système de santé et de services sociaux. Cependant, et contrairement à ce que la Commission et le Ministère mettent de l'avant, ils estiment que ce problème n'est pas tant la capacité de payer de l'État, qu'un problème de répartition, de priorisation et de niveau de financement accordé aux différents types de services, de besoins et de problématiques du domaine de la santé et des services sociaux.

Nonobstant la récente entente fédérale-provinciale, pratiquement personne ne s'est prononcé sur la hauteur du financement requis pour le système de santé et de services sociaux.

Par ailleurs, aux yeux de plusieurs, les options soumises à la consultation apparaissent tendancieuses, car elles sous-tendent une possible altération des principes d'universalité, d'accessibilité et de gratuité des services de santé. Or, il se dégage un fort consensus visant à de tout mettre en œuvre afin de préserver ces principes.

Bien que les gens conçoivent que l'avènement de nouvelles technologies, dont de nouveaux médicaments, soit générateur de coûts et crée une pression financière, la plupart s'accorde pour dire qu'il faut en mesurer les effets bénéfiques sur le bien-être et la qualité de vie et y voir même une dimension préventive. Ceci les porte à considérer qu'il s'agit là davantage d'investissements que de coûts.

D'autre part, certains s'inscrivent en faux à l'égard de la prétention que le vieillissement de la population soit le principal facteur déterminant de la croissance des coûts. Pour eux, cette affirmation mérite d'être nuancée. L'amélioration générale de l'état de santé de la population, notamment celle des aînés, démontre qu'il ne s'agirait pas là du facteur le plus important en termes de pression sur les coûts.

« En ce qui concerne le vieillissement de la population, le spectre avec lequel le gouvernement cherche à faire peur, de récentes études nous confirment une toute autre version. D'abord que

> *l'état de santé des personnes âgées s'est amélioré et que si auparavant il était vrai de dire qu'à 65 ans leur état de santé se détériorait rapidement, aujourd'hui on peut parler de 75 ans. L'association médicale canadienne rappelle que si notre système de santé a connu une augmentation de ses coûts de 20,6 %, celle des médicaments de 43,4 %, le vieillissement de la population n'est responsable que d'une hausse de moins de 3,3 % ».*
> *Syndicat professionnel des infirmières et infirmiers de Trois-Rivières*

En ce qui a trait au niveau de financement du système de santé, celui-ci relève plutôt d'un choix de société. Cependant, il apparaît évident aux yeux de la population en général que des priorités sont à redéfinir autour des volets de promotion-prévention et des services sociaux. Ce qui fait dire à certains que les investissements sont proportionnellement trop axés sur la maladie et pas assez sur le maintien de la santé et l'amélioration du bien-être.

> *« C'est un choix de société. Notre société a des valeurs qui vont vers le recours à des technologies et des médicaments. On devrait plutôt investir dans les problématiques sociales et la réduction de la pauvreté ».*
> *Un citoyen de Trois-Rivières*

Avant d'aborder l'ensemble des options avancées par la Commission, il nous apparaît opportun de souligner qu'elles ont toutes été rejetées par l'ensemble des répondants de la région. Ce rejet doit probablement être interprété comme une volonté collective d'affirmer la primauté des principes d'universalité, d'accessibilité et de gratuité. Par conséquent, seuls quelques commentaires seront présentés pour chaque option à l'étude.

8. LE PANIER DE SERVICES ASSURÉS

Plusieurs personnes, groupes et organismes ont exprimé le souhait que les médicaments soient dorénavant gratuits pour les personnes les plus démunies, les plus pauvres.

Par ailleurs, on souligne les effets pervers que peut entraîner une désassurance de certains services. Ceci particulièrement chez les plus démunis de la société, qui souvent, s'avèrent les personnes les plus à risqu, et pour lesquelles une telle avenue peut se révéler lourde de conséquences pour leur santé.

> *« La prévention perd du terrain notamment en santé dentaire et en optométrie. Cela peut avoir des effets à long terme sur la santé ».*

Une citoyenne de Shawinigan

9. LES SOURCES, LE NIVEAU ET LA GESTION DU FINANCEMENT

9.1 L'augmentation des impôts

Totalement inacceptable, cette avenue peut devenir contre-productive pour l'économie, ce qui entraînerait une réduction de la compétitivité de la collectivité et, par conséquent, réduirait la richesse collective. Cette avenue risque fortement d'accroître la pauvreté avec les effets néfastes que l'on connaît.

Cependant, plusieurs contribuables réclament une réforme fiscale afin d'établir un meilleur équilibre et plus d'équité dans la redistribution de la richesse collective.

9.2 La contribution des usagers

Toujours quasi unanimement, on se prononce contre tout ajout au fardeau du citoyen, et ce, en vertu des principes d'universalité, d'accessibilité et de gratuité. Souvent on invoque ce type de contribution comme étant un frein à l'accessibilité aux services. Ainsi, toute forme de tarification apparaît comme une mesure inéquitable, pénalisante pour certaines strates de la population, en particulier les personnes démunies.

« Les jeunes sont souvent sans emploi et le discours que l'on entend c'est que l'on diminuera les services et augmentera les tarifs pour bénéficier de différents soins. Ce n'est pas encourageant pour les jeunes ».
Un jeune de La Tuque

9.3 La création de caisses spéciales

Concept difficile à cerner, les caisses spéciales sont avant tout perçues comme une façon d'accroître la contribution des citoyens, ce qui est généralement mal accueilli.

Une telle approche est aussi perçue comme incompatible avec les principes d'universalité, d'accessibilité et de gratuité. Elle semble, pour plusieurs, constituer une certaine forme d'iniquité, ce qui peut s'avérer néfaste pour la santé des personnes démunies.

« Lors de la mise en place de l'assurance-médicaments, plusieurs patients en santé mentale ont cessé d'utiliser leurs médicaments ».
Un citoyen de Shawinigan

Par contre, certains considèrent que la création d'un fonds unique et spécifique au financement des services de santé et des services sociaux peut constituer un avantage contribuant ainsi à préserver l'accessibilité aux services et à rendre plus transparente la gestion des ressources consacrées à cette fin.

9.4 La vente de services spécialisés aux non résidents

Option qui a soulevé l'ire chez les groupes et les personnes consultées, car jugée farfelue, la vente de services spécialisés aux non-résidents est accueillie très froidement par tous.

Les gens ne saisissent pas l'intérêt de cette option, considérant particulièrement la pénurie actuelle des effectifs médicaux, infirmiers et les nombreuses listes d'attente. Comment le Québec peut-il être en mesure de vendre de tels services dans le contexte actuel?

Si l'on a les ressources pour vendre de tels services, on devrait les consacrer à améliorer l'accès aux services pour tous les Québécois, se disent-ils.

Par ailleurs, cette option pose, pour certains, un problème d'éthique.

10. CETTE SECTION PERMET D'EXPLIQUER D'AUTRES PROPOSITIONS ORIGINALES ÉMANANT DE LA CONSULTATION RÉGIONALE EN MATIÈRE DE FINANCEMENT

Voici la plupart des solutions apportées par une ou des personnes, groupes et organismes en matière de financement. Considérant leur nombre, elles sont présentées par catégorie.

10.1 Les sources de revenus potentielles

- *Faire de la santé la priorité du gouvernement et qu'il procède à un assainissement des finances publiques pour y arriver.*
- *Obtenir en transferts fédéraux ou en transferts de points d'impôt la juste part qui revient au Québec.*

- *Revoir les politiques familiales en vue d'accroître la natalité et l'immigration.*
- *Faire en sorte que les sociétés d'états publiques (Hydro-Québec, Société des alcools du Québec) aient un mandat transparent en vue de dédier les bénéfices à des programmes prioritaires tels que la santé et l'éducation.*
- *Prendre des mesures fiscales afin que les entreprises subventionnées retournent une partie de leurs bénéfices nets au gouvernement pour la santé.*
- *Rehausser à 7 % du Produit intérieur brut (PIB) le niveau de financement de la santé.*

10.2 La réduction des coûts

- *Réinvestir massivement dans les actions de promotion et de prévention pour réduire ou éviter les problèmes sociaux et de santé.*
- *Assurer un financement de base récurrent aux organismes communautaires.*
- *Privilégier l'utilisation des médicaments génériques afin de réduire les coûts.*
- *Réinvestir dans la lutte à la pauvreté et le développement des communautés en sachant qu'il y a un lien direct avec l'état de santé de la population.*
- *Voir à instaurer des programmes d'aide aux employés dans toutes les entreprises de moyenne et de grande taille.*
- *Établir un système de contrôle de la pertinence des soins de santé pour éviter les abus et en assurer ainsi une meilleure gestion.*
- *Élargir à tous les secteurs d'activité l'application de la Loi sur la santé et la sécurité au travail.*
- *Instaurer un système assurant un revenu minimum de citoyenneté pour contrer la pauvreté.*
- *Établir un système de contrôle des coûts et des marges de profits des compagnies pharmaceutiques.*
- *Instaurer un système d'évaluation et de contrôle des prescriptions médicales.*
- *Réduire la bureaucratie, notamment celle de la Régie d'Assurance-maladie du Québec et des régies régionales.*

10.3 L'information et la sensibilisation des citoyens

- *Faire signer par les usagers un feuillet indiquant le service reçu et le coût afférent.*
- *Afficher dans les cliniques médicales et les établissements le coût des différents services disponibles.*

10.4 La fiscalité

- *Réaliser une réforme de la fiscalité québécoise qui assurerait une redistribution de la richesse et une imposition équitable des citoyens et des corporations.*
- *Soutenir les aidants naturels par des mesures fiscales et autres.*

TROISIÈME PARTIE

GOUVERNE

INTRODUCTION

Bien que cette question ne soit pas directement soulevée dans le guide d'animation de la Commission, certaines personnes, groupes et organismes ont exprimé leur point de vue à l'égard de la gouverne.

11. LE RAPPORT D'AUTORITÉ ENTRE LES DIFFÉRENTS NIVEAUX

D'emblée, presque tous reconnaissent la nécessité de maintenir les trois niveaux de responsabilités et d'imputabilité que sont les niveaux national, régional et local.

***Au plan national**, on s'attend à ce que le Ministère légifère, fixe les grandes orientations et les grands objectifs de santé et de bien-être. On souhaite, par ailleurs, que le Ministère détermine le cadre budgétaire et les paramètres d'équité pour l'accès aux services de santé et services sociaux.*

On ne s'attend pas à ce que le Ministère s'implique dans les opérations.

> *« La mainmise de l'appareil gouvernemental sur les opérations quasi quotidiennes des hôpitaux est décourageante pour le personnel – c'est au gouvernement de se débarrasser de cet « isme » ».*
> *Monsieur Félix DeForest*

***Au plan régional**, la majorité des répondants considèrent que la Régie régionale doit être responsable et imputable de la planification, de l'organisation, de la gestion des effectifs médicaux et du financement des services pour la région. Pour plusieurs, il importe qu'elle dispose des pouvoirs et des leviers afin d'exercer ses responsabilités et son imputabilité.*

Certains proposent cependant que l'on revoit le nombre de régions sociosanitaires, alors que d'autres suggèrent que l'on abolisse carrément les régies régionales. Une proposition d'un organisme est à l'effet d'instituer un conseil régional qui aurait pour mandat de faire les arbitrages de coordination et de budgétisation régionale. Ce conseil régional serait constitué d'un intervenant et d'un représentant de la population provenant de chaque conseil d'administration des établissements. Ce conseil serait appuyé d'une équipe restreinte de professionnels et aurait aussi la responsabilité de la direction de la santé publique.

Dans un autre ordre d'idée, le maintien des établissements à vocation régionale n'est pas remis en cause. Ceux qui s'expriment sur le sujet réitèrent qu'ils doivent s'assurer, dans une logique de déconcentration, de l'accès et de la coordination des services spécialisés de même que de la concertation intersectorielle requise à la réalisation de leurs missions respectives.

***Au plan local**, on réaffirme unanimement la responsabilité locale à l'égard de la gestion, de la planification, de l'organisation et de la dispensation des services de qualité. On suggère dans certains cas que le CLSC soit responsable et imputable de l'accès aux services sur son territoire.*

Une proposition est à l'effet de mettre en place un conseil d'administration par bassin de desserte de CH gérant les établissements (CH, CLSC et CHSLD) qui s'y trouvent. Y œuvreraient aussi un seul conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, un seul conseil des infirmières et infirmiers et un seul conseil multidisciplinaire. Dans cette logique, on suggère d'instituer un département territorial de médecine générale.

12. LES RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES DIFFÉRENTS ACTEURS

À ce chapitre, l'ensemble des répondants réitèrent la conception du rôle que l'on reconnaît au conseil d'administration. On souhaite que le conseil d'administration soit davantage imputable des services offerts à la population en fonction des ressources dont disposent les établissements.

Par ailleurs, quelques uns proposent de revoir la représentativité du conseil d'administration afin qu'il soit composé de représentants élus de la population, d'une part et, d'autre part, par des représentants du personnel émanant des différents comités consultatifs prévus dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux tels que la CMR, le CMDP, le CII et le conseil multidisciplinaire.

CONCLUSION

Le rapport synthèse de la consultation met en lumière un niveau de sensibilité très élevé de la part de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec à l'égard des problèmes entourant l'organisation des services.

Toutefois, parmi ceux-ci, il en est un qui est omniprésent dans les préoccupations de la plupart des répondants : c'est celui de la pénurie et de la répartition équitable des effectifs médicaux à travers le Québec et dans la région. Il faut dire que la Mauricie et le Centre-du-Québec est particulièrement désavantagé à ce chapitre par rapport au reste du Québec, notamment du côté de l'omnipratique et de plusieurs spécialités dont la psychiatrie, l'anesthésie, la radiologie, la chirurgie et l'ophtalmologie. Les crises dans ce domaine se succèdent depuis quelque temps.

C'est pourquoi bon nombre des prises de position émises lors de la consultation étaient teintées de cette problématique. Il est évident que les citoyens et organismes de la région ont des attentes très grandes à l'égard de la Commission et de la ministre en termes de solutions durables aux problèmes d'accès aux services médicaux dans la région.

Par ailleurs, on constate aussi que les options reliées à des changements structurels ont généralement soulevé peu d'enthousiasme dans la région. Là aussi, il convient de souligner que, déjà, la Mauricie et le Centre-du-Québec comptent sept territoires de CLSC sur onze dont les services de base sont sous autorité administrative unique. De plus, les services spécialisés dans le secteur social sont largement déconcentrés alors que, du côté des centres hospitaliers, la région fonctionne maintenant avec quatre hôpitaux plutôt que dix comme il y a cinq ans.

En fait, un grande partie des interventions et suggestions faites en matière d'organisation des services ont eu trait :

- *au recrutement et à la répartition des effectifs médicaux;*
- *à un accès aux services meilleur et plus comparable au sein de la région et entre les régions du Québec;*

- *à une meilleure coordination des services, sans toutefois donner de rôle particulier aux médecins à ce titre;*
- *au maintien et à l'amélioration de la qualité des services;*
- *au financement adéquat des services et des organismes ;*
- *à un plus grande prise en compte des problématiques sociales et des déterminants de la santé et au recours accru à la prévention;*
- *à la réalité des aidants naturels et des femmes;*

Côté financement, la plupart des répondants reconnaissent les problèmes de financement du système de santé, mais pas le problème de la capacité de payer de la société québécoise. Les avenues de solution préconisées dans la région touchent davantage l'amélioration de la performance du réseau, une réforme de la fiscalité et une plus grande sensibilisation de la population aux coûts. Peu d'ouverture est signalée face aux mesures visant à augmenter les revenus ou à réduire la gamme de services offerts.

De même, la contribution du secteur privé est accueillie avec beaucoup de réserve. Pour ce qui est de la révision des modes de budgétisation des établissements du réseau, celle-ci est reçue de façon fort positive, d'autant plus que déjà la région a fait des pas significatifs en ce sens depuis 1996.

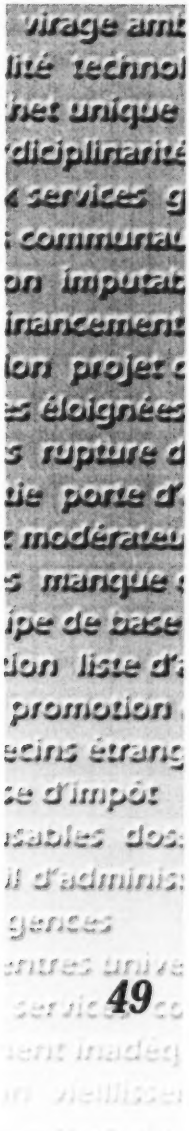
Quant à la gouverne, les opinions exprimées vont essentiellement dans le sens de renforcer les responsabilités et l'imputabilité des instances existantes et de diminuer l'interventionnisme au niveau régional et local.

Tout au long de ce rapport synthèse, la Régie régionale espère avoir reflété le plus fidèlement possible les différents points de vue exprimés dans le cadre de la consultation menée en Mauricie et au Centre-du-Québec pour le compte de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.

Considérant le temps très court dont disposait la Régie régionale entre la fin de la consultation, le 30 septembre 2000, et la livraison du rapport synthèse à la Commission, le 13 octobre, il se peut qu'une idée n'ait pas été rendue à la satisfaction de son auteur. Que les lecteurs soient assurés que la Régie régionale a tout fait pour que ce soit là des cas isolés.

En terminant, la Régie régionale tient à exprimer sa profonde reconnaissance aux

centaines de personnes et organismes qui ont participé aux débats et qui ont soumis leurs solutions, que ce soit par écrit, par téléphone ou en participant aux rencontres de consultation ou aux audiences publiques. L'apport de chacun d'eux était important afin d'alimenter les travaux de la Commission, lui permettant ainsi d'émettre éventuellement des recommandations déterminantes pour l'avenir du système de santé québécois.



ANNEXES

GRILLE D'ANALYSE

Date	Hebdo	Quotidien	Photo	Page												Moyens				
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	+	Ligne Téléphone	Site Internet	Audiences	Mémoires	Soirées publiques
08/24		X	X								X					X	X	X	X	X
08/24	X						X										X	X	X	X
08/27	X														X	X	X	X	X	X
08/27	X														X	X	X	X	X	X
08/27	X		X						X							X	X	X	X	X
08/29	X		X												X	X	X	X		X
09/13	X														X	X	X			X
09/16	X														X	X	X			X
09/17	X														X	X	X	X	X	X
09/17	X													X		X		X		X
09/17	X							X										X		X
09/19		X								X						X	X			X
09/19	X							X								X	X			X
09/19	X									X										X
09/20		X						X												X
09/21		X	X								X									X
09/22		X	X							X										X
09/22		X								X										X
09/24	X						X													X
09/24	X		X					X												X
09/24	X								X											X
09/24	X										X									X
09/24	X											X				X				X
09/26		X	X						X											X
09/27	X		X			X														X
09/28		X													X					X
09/28		X													X			X		X
09/30		X								X								X		
10/02		X													X			X		
Total	18	11	8	0	0	1	2	4	3	5	3	1	6	1	9	12	11	12	6	27

ANALYSE DE LA COUVERTURE MÉDIATIQUE DE LA CONSULTATION RÉGIONALE

À la lecture du tableau, nous constatons, en observant les dates, que la consultation a occupé une place dans la presse écrite du 24 août au 2 octobre 2000. D'ailleurs, la majorité des parutions se retrouvent dans les hebdomadaires, ce qui s'explique par le grand nombre de ces journaux existants dans notre région. Sur les onze hebdomadaires, sept ont parlé de la consultation pour un total de 18 parutions. Le quotidien régional a, pour sa part, évoqué la consultation régionale onze fois. Aussi, un journal communautaire a mentionné l'événement dans une de ces parutions. Ceci démontre que les journaux à la grandeur du territoire ont gratuitement rendu visible la consultation régionale en informant la population sur le déroulement de celle-ci et sur les moyens d'expression disponibles.

Ensuite, en ce qui a trait à la position des articles dans la presse écrite régionale, la majorité se retrouvaient à la page cinq ou plus. On a parlé neuf fois de la consultation régionale après la page onze, ce qui donne moins d'impact à la nouvelle. En contrepartie, plusieurs articles étaient accompagnés de photos, ce qui les rendaient plus visibles.

Aussi, nous remarquons que les différents moyens d'expression créés par la Régie régionale ont régulièrement été mentionnés. En effet, la ligne téléphonique, le site web et les audiences se sont retrouvées une douzaine de fois dans les journaux. Quant aux mémoires individuels, ils ont été mentionnés à six reprises. Finalement, ce sont les soirées publiques qui ont attiré davantage l'attention des médias avec 27 mentions.

Par ailleurs, nous remarquons qu'à la fin du mois d'août, on présentait les différents moyens d'expression, ce qui concorde avec le lancement de la consultation régionale. Ce qui est intéressant d'observer, c'est que la presse écrite a suivi l'événement avant, pendant et après, en faisant des résumés des différentes soirées publiques et des audiences publiques régionales.

En résumé, les activités organisées par la Régie régionale ont fait parler d'elles, et ce, majoritairement de façon positive. Le contenu des textes journalistiques étaient toujours fidèle au déroulement des soirées et des audiences publiques. Les faits ont été rapportés de manière juste et représentative de la réalité. Les articles à connotation plus négatives reflétaient généralement le point de vue d'individus ou de regroupements sceptiques à ce débat sur le système de santé. Les citations étaient nombreuses, les journalistes ont

rapporté régulièrement les propos de monsieur Gaston Bélanger, président de la Régie régionale, et ceux des différents participants aux soirées et aux audiences publiques. Également, les différents communiqués émis et la conférence de presse ont grandement alimenté les hebdomadaires, ce qui prouve l'efficacité d'une telle démarche. Bref, la consultation régionale en Mauricie et au Centre-du-Québec a bénéficié d'une bonne couverture dans la presse écrite tout en permettant à la Régie régionale de rejoindre le plus de citoyens possible.

LISTE DES MÉMOIRES REÇUS EN DATE DU 30 SEPTEMBRE 2000

- *Association des hôpitaux du Québec - conférence régionale 04-17*
- *Association des aidants(es) naturels(les) du bassin Maskinongé*
- *Association des éducateurs et éducatrices physiques enseignants de Trois-Rivières/Mauricie et Drummond/ Bois-Francs*
- *Association des résidences pour retraités du Québec*
- *Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFÉAS)*
- *Association québécoise de défense des droits des retraités et des préretraités de Drummond inc.*
- *Carrefour Normandie St-Tite inc.*
- *Centrale des professionnelles et professionnels de la santé (CPS)*
- *Centre d'action bénévole du Lac St-Pierre*
- *Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes Mauricie/Centre-du-Québec*
- *Centre de réadaptation InterVal*
- *Centre de santé des femmes de la Mauricie*
- *Centre de services en déficience intellectuelle de la Mauricie et du Centre-du-Québec*
- *Centre des femmes l'Héritage - Louiseville*
- *Centre hospitalier régional de Trois-Rivières*
- *Centre Le Havre de Trois-Rivières*
- *Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec*
- *Chambre de commerce et d'industrie de Saint-Léonard d'Aston inc.*
- *CHSLD Coeur-du-Québec*
- *CLSC du Centre-de-la-Mauricie*
- *CLSC-CHSLD de la Vallée de la Batiscan*
- *Comité des usagers - Carrefour de la santé et des services sociaux de la Saint-Maurice*
- *Comité des usagers - Centres jeunesse*
- *Comité des usagers - Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec*
- *Commission médicale régionale Mauricie - Centre-du-Québec*
- *Conférence des CLSC-CHSLD de la région Mauricie - Centre-du-Québec*
- *Conseil central du Coeur-du-Québec (CSN) et Fédération de a santé et des services sociaux (CSN)*

- *Conseil régional de concertation et de développement Centre-du-Québec (CRCD)*
- *Conseil régional FTQ Mauricie et Centre-du-Québec*
- *Département régional de médecine générale (rencontre des médecins omnipraticiens membres du Département le 11 septembre 2000)*
- *Direction de la santé publique*
- *Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec*
- *Épilepsie Mauricie - Centre-du-Québec*
- *Groupe d'entraide la Lanterne*
- *Halte Bois-Francs*
- *Hôpital Ste-Croix*
- *Hôtel-Dieu d'Arthabaska*
- *Ruche Aire Ouverte inc. (La)*
- *Traversier (Le)*
- *Parents partenaires inc. (Les)*
- *Madame Hélène Dion*
- *Madame Thérèse Désilets*
- *Maison de la famille de l'Ouest*
- *Maison des jeunes de Plessisville inc.*
- *Monsieur André Labelle, médecin*
- *Monsieur Dominic Laramée, optométriste*
- *Monsieur Félix de Forest*
- *Monsieur Jacques Guimond*
- *Monsieur Raymond Gingras*
- *Monsieur Roger Périgny*
- *Mouvement Les Personnes d'Abord inc.*
- *MRC de Nicolet Yamaska*
- *MRC du Centre-de-la-Mauricie*
- *Programme de prévention des abus commis envers les enfants*
- *Regroupement des cuisines collectives de Francheville*
- *Regroupement des entreprises d'économie sociale en aide domestique Mauricie et Centre-du-Québec*
- *Regroupement des organismes de base en santé mentale Mauricie et Centre-du-Québec*

- *Regroupement d'organismes de promotion pour personnes handicapées - région Mauricie*
- *Soutien à domicile des Chenaux*
- *Syndicat des infirmières et infirmiers de l'Hôpital Christ-Roi de Nicolet*
- *Syndicat des travailleurs canadiens de l'automobile (TCA)*
- *Syndicat professionnel des diététistes du Québec*
- *Syndicat professionnel des infirmières et infirmiers de Trois-Rivières (SPIITR)*
- *Syndicat professionnel des infirmières et infirmiers du Québec (SPPIQ-FIIQ)*
- *Table de concertation du mouvement des femmes de la Mauricie*
- *Table de concertation du mouvement des femmes du Centre-du-Québec*
- *Table régionale des organismes communautaires (TROC)*
- *Université du Québec à Trois-Rivières*
- *Ville de Trois-Rivières*

LISTE DES REGROUPEMENTS ET ASSOCIATIONS REÇUS EN AUDIENCE LES 29 ET 30 SEPTEMBRE 2000

- *Association des hôpitaux du Québec - conférence régionale 04-17*
- *Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFÉAS)*
- *Association québécoise de défense des droits des retraités et des préretraités de Drummond inc.*
- *Centre hospitalier régional de Trois-Rivières*
- *Centre Le Havre de Trois-Rivières*
- *Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec*
- *CLSC-CHSLD de la Vallée de la Batiscan*
- *Conférence des CLSC-CHSLD de la région Mauricie - Centre-du-Québec*
- *Conseil central du Coeur-du-Québec (CSN) et Fédération de a santé et des services sociaux (CSN)*
- *Conseil régional de concertation et de développement Centre-du-Québec (CRCD)*
- *Conseil régional FTQ Mauricie et Centre-du-Québec*
- *Direction de la santé publique*
- *Hôpital Ste-Croix*
- *Mouvement Les Personnes d'Abord inc.*
- *MRC de Nicolet Yamaska*
- *MRC du Centre-de-la-Mauricie*
- *Regroupement des organismes de base en santé mentale Mauricie et Centre-du-Québec*
- *Syndicat des travailleurs canadiens de l'automobile (TCA)*
- *Syndicat professionnel des infirmières et infirmiers de Trois-Rivières (SPIITR)*
- *Syndicat professionnel des infirmières et infirmiers du Québec (SPPIQ-FIIQ)*
- *Table de concertation du mouvement des femmes de la Mauricie*
- *Table de concertation du mouvement des femmes du Centre-du-Québec*
- *Table régionale des organismes communautaires (TROC)*
- *Université du Québec à Trois-Rivières*
- *Ville de Trois-Rivières*